

Bulimia y anorexia

Isabel Cervera Sosa y Darío Rozalén Badal

Bulimia y anorexia

Isabel Cervera Sosa y Darío Rozalén Badal

Este trabajo a sido realizado durante el curso del CAP 2005-2006.

Tanto este texto, como la presentación en PowerPoint con la que va asociado, así como la recopilación de los textos originales que hemos utilizado y que se citan en la Bibliografía al final del trabajo; se encuentran para su libre disposición en la siguiente pagina web:

<http://mural.uv.es/daroba>

Índice:

- 1 – Introducción y artículos de prensa*
- 2 – La cultura de la delgadez y los trastornos alimentarios como nueva epidemia*
- 3 – Adolescencia: necesidades y deficiencias nutricionales*
- 4 – Conducta alimentaria: regulación y alteración*
- 5 – Una aproximación a los trastornos nutricionales*
- 6 – Definición de anorexia. Tipos y fases de la misma*
- 7 – Definición de bulimia*
- 8 – Perfil*
- 9 – Síntomas de la anorexia; descripción y esquema*
- 10 – Síntomas de la bulimia; descripción y esquema*
- 11 – Las causas de la anorexia y la bulimia*
- 12 – Problemas físicos y psíquicos derivados; descripción y esquema*
- 13 – Tratamiento: descripción y esquema*
- 14 – Qué hacer desde los círculos más cercanos: familia, amigos y escuela*
- 15 – Mujeres, jóvenes y mujeres jóvenes: el grupo mas castigado*
- 16 – El aula: un lugar imprescindible desde el que prevenir y tratar la anorexia y la bulimia*
- 17 – Un ejemplo de plan de acción en los centros*
- 18 – Tablas y datos estadísticos*
- 19 – Bibliografía*

1.1 – Introducción

“Nuestro trabajo consiste en un acercamiento sobre el impacto que los trastornos nutricionales tienen sobre la población adolescente. En concreto, nos basaremos en las dos enfermedades más graves, la anorexia y la bulimia, y veremos qué papel ha de desarrollarse desde el aula, tanto para su prevención como para su tratamiento. Para comenzar mostramos una serie de artículos publicados en prensa los últimos años, en los cuales se aprecia el problema cada vez más hondo que suponen estas enfermedades y, al mismo tiempo, las respuestas cada vez más fuertes que se dan desde instituciones y centros.”

1.2 – Artículos

1.2.1 - ALEJANDRO G. CUBEIRO - Diario de Córdoba (14/12/2005)

Medio centenar de institutos potencian hábitos saludables en los jóvenes

Se informa sobre educación sexual, vial, problemas de conducta y adicciones. Forma Joven ha incrementado en tres centros su oferta educativa.

Tras cinco años funcionando a pleno rendimiento, el programa Forma Joven dispondrá durante este curso de puntos de información y consulta en 50 institutos de Secundaria en los que los alumnos conocerán, de primera mano, hábitos y conductas saludables. La iniciativa, propuesta estrella de la Junta en casi 400 institutos de toda la comunidad andaluza, ha unido en el esfuerzo a las consejerías de Educación, Igualdad y Bienestar Social, al Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) y al Instituto Andaluz de la Juventud (IAJ).

La apertura de estas áreas de asesoría tiene la finalidad de acercar a los centros educativos información necesaria para fomentar en ellos buenos hábitos.

Estas asesorías ofrecen apoyo contextual y formación a los jóvenes en tres áreas de atención preferente: la educación sexual, con la prevención de riesgos, tales como embarazos no deseados o Sida, y la eliminación de comportamientos sexistas; las adicciones, en las que se abordan el alcohol, tabaco y otras drogas, así como los accidentes de tráfico asociados al consumo abusivo de bebidas alcohólicas; y en tercer lugar, se tratan los problemas conductuales, lo que supone un abordaje de trastornos como la anorexia y la bulimia, la violencia de género o la convivencia.

Según datos ofrecidos por la Delegación de Educación, durante el curso 2004-05 participaron en el programa educativo 47 institutos, un centro concertado y una escuela-taller de Priego, lo que supone un incremento con respecto al año anterior del 25 por ciento, es decir, 10 institutos más.

Entre las actuaciones de formación y coordinación destacan un curso de iniciación y profundización en el CEP de Córdoba; un encuentro de mediadores en salud con el Instituto Andaluz de la Juventud; dos stands compartidos con Salud en el Infojoven; un encuentro sobre buenas prácticas celebrado en Torremolinos el pasado mes de noviembre; prioridad en los cursos de Salud del CEP a integrantes de la red Forma Joven; participación en jornadas de coordinación de la Consejería de Educación;

encuentros con responsables de Salud del programa y coordinación de los médicos de los Equipos de Orientación Educativa (EOE) en la Delegación de Educación. La puesta en práctica de esta medida corresponde a los 15 coordinadores de EOE distribuidos por toda la provincia, que tienen a su cargo a otros tantos médicos funcionando en 47 departamentos de orientación, personal aportado por la Delegación de Educación al programa. Este sector orientativo, a su vez, está en contacto con los distritos sanitarios que aportan a los puntos Forma Joven un sanitario.

1.2.2 – laverdad.es/Albacete (12/10/05)

El programa contra la anorexia llega a todos los institutos

Unos 6.000 estudiantes de 44 institutos de educación secundaria de Castilla-La Mancha participarán en este curso escolar en el programa Tal como eres, que desarrolla la Junta para prevenir entre los adolescentes trastornos alimentarios, como la anorexia o la bulimia.

Desde que se puso en marcha este programa en el año 2000 por las consejerías de Sanidad y Educación y Ciencia se ha multiplicado por diez el número de alumnos participantes y por seis el de centros de enseñanza.

Este programa tiene como objetivo prevenir actitudes de riesgo que pueden ser desencadenantes de la enfermedad e incluye actividades encaminadas a evitar el desarrollo de trastornos del comportamiento alimentario, así como charlas-coloquio con los padres y madres de estos alumnos.

Como novedad, en este curso escolar el programa Tal como eres, del que ya ha invertido más de 400.000 euros la Consejería de Sanidad desde su inicio hace cinco años, recoge la inclusión de alumnos a estos cursos de prevención, ya que en ediciones anteriores estaban dirigidos sólo a las alumnas, por lo que se incrementa el número de participantes de 4.200 a 6.000.

1.2.3 – Comunidad escolar. Periódico digital de información educativa

La Generalitat estudia implantar una asignatura para prevenir la anorexia y la bulimia

Cuando la anorexia y la bulimia afectan al 4,5% de las mujeres de entre 14 y 24 años y a un pequeño porcentaje de hombres, la Generalitat de Cataluña estudia implantar en las escuelas una asignatura para prevenirlas. Según fuentes de la Conselleria, esta materia se podría introducir a partir del curso 2002-2003, puesto que el curriculum para el próximo año ya está cerrado.

La iniciativa para que se incluya esta nueva asignatura surgió de la Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB). Para su presidenta, Rita Grané, la finalidad sería "sensibilizar a los adolescentes sobre el peligro que entrañan estas patologías". Durante los últimos años, las razones y las consecuencias que crean estas patologías se han introducido como tema de debate en las tutorías de los primeros cursos de Secundaria. Y aunque el curriculum para el próximo curso ya está cerrado, 20 centros de educación secundaria de Cataluña, la mayoría de la provincia de Barcelona, podrían empezar a introducir esta nueva materia en fase experimental a partir del segundo

trimestre. "Son las mismas escuelas que se han interesado en ello", precisa Grané. Si bien en España el 4,5 % de las mujeres de entre 14 y 24 años sufren anorexia o bulimia, la población de riesgo se estima que es del 16 %, según datos de ACAB. Y en los últimos años se ha detectado también una incidencia de estas patologías entre el colectivo masculino y durante la etapa infantil.

1.2.4 – A.FERNÁNDEZ/M.PENIDE – El País (12/10/98)

La anorexia después del hospital

Unas 800 personas en la comunidad autónoma padecen anorexia, enfermedad psicológica que se traduce en la negación de la comida, según datos de Osakidetza. Para estos enfermos es necesario un tratamiento global que abarque no sólo apoyo psicológico sino también asesoramiento para sus familiares y un seguimiento continuo. Una atención que no pueden ofrecer los centros hospitalarios, superadas sus manifestaciones más agudas. El primer centro de día en el País Vasco que atiende de forma ambulatoria a los enfermos de anorexia, de iniciativa privada, acaba de abrirse en Getxo. NAIBE está integrado por dos psicólogas, Elisabeth Arechaga y Amaia Calvo, y una bióloga especialista en nutrición, Kaitin Ochandiano. La idea de crearlo les surgió en diciembre del año pasado cuando leyeron en el periódico el testimonio de la madre de una niña anoréxica que reclamaba un centro que llenara el vacío existente entre el alta hospitalaria y su vuelta a la vida cotidiana. "Nos sorprendió el caso y decidimos crear un lugar de estas características", señala Elisabeth Arechaga. Para realizar este proyecto sus promotoras se pusieron en contacto con especialistas de la Universidad de Deusto, del área psiquiátrica de Zamudio y con las principales asociaciones españolas contra la enfermedad. Todos coincidieron en "la necesidad de un centro de este tipo para la total recuperación de los afectados", añade Kaitin Ochandiano. NAIBE ofrece unos servicios de tratamiento y curación para la reincorporación del afectado a su vida normal de la forma más eficaz y menos traumática posible. Estos servicios abordan desde la prevención de la enfermedad con charlas informativas en institutos, colegios y otras instituciones, hasta la detección precoz donde se evalúa si lo que el paciente sufre es efectivamente un trastorno de la alimentación y en qué grado o es otro tipo de patología. "Hay casos en que el paciente no tiene una anorexia real sino características de esta enfermedad", apunta Amaia Calvo. "Una vez establecido que se trata de anorexia, hablamos, con el permiso previo de la familia, con todos los profesionales que hayan atendido al afectado". Después se establecen los compromisos de la relación terapéutica y dietética mediante un contrato escrito y firmado por ambas partes. A partir de aquí se efectúa el diagnóstico psicológico y físico y comienza el tratamiento. "El afectado se incorporará lo antes posible al centro para relacionarse con sus compañeros y comenzar la actividad diaria", explica Ochandiano. La tercera fase de este proceso es el tratamiento extrahospitalario, en el que se realiza una serie de entrevistas con la familia y con el afectado. En la curación de la anorexia el papel de la familia es fundamental, por lo que el centro quiere que sus allegados hablen del desarrollo que ha seguido el afectado hasta obtener el alta hospitalaria. También se habla directamente con el paciente para concretar unos compromisos de relación terapéutica. Una vez establecido el diagnóstico, la incorporación al centro es inmediata y el enfermo toma parte desde el primer día en todas las actividades. NAIBE realiza al paciente un seguimiento de evaluación que se obtendrá tanto de la psicoterapia individual, como de las consultas dietéticas y de su comportamiento en las diferentes áreas de trabajo que se realizan en el centro. Una vez que el paciente consigue el alta, NAIBE realiza primero

un seguimiento mensual y posteriormente un control semestral. "Es fundamental para que el paciente no vuelva a caer en la enfermedad", señala Amaia Calvo. El centro cuenta con un teléfono permanente (910923262) para atender casos puntuales o de emergencia, al que pueden llamar tanto los familiares como el afectado. La anorexia es una enfermedad mental que, en opinión de las especialistas, tiene curación. "Se puede llegar a alcanzar una calidad de vida con un desarrollo cotidiano normal, aunque el proceso de curación sea largo no sólo económicamente sino también psicológicamente hablando", declara Ochandiano. Varios factores, la anorexia ha pasado de estar considerada como una enfermedad relacionada con la obsesión por unos cánones de belleza propagados por el mundo de la moda a confirmarse como un trastorno en el que intervienen otros muchos elementos. "Hay casos en que los factores precipitantes pueden venir por una depresión, una situación familiar desfavorable o por cualquier otra circunstancia", añade Arechaga. El proceso de curación de los enfermos de anorexia es un compendio de la actitud de la familia frente a la enfermedad, el entorno social que le rodea y los medicamentos que se les suministran. "No existen medicamentos para curar esta enfermedad sino que complementan el proceso de curación", añade Calvo. En la comunidad vasca existen varios centros privados y públicos donde se trata la anorexia; también son fundamentales las asociaciones que asesoran y orientan a los familiares de los afectados. Este es el caso de ADANER que a nivel estatal actúa en las administraciones sanitarias para organizar, coordinar y desarrollar políticas de atención sanitaria para los enfermos de anorexia. El objetivo principal de ADANER es contribuir a la mejora de la calidad de vida de los enfermos con Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), y mejorar su atención tanto en aspectos médicos y psicológicos como sociales.

La idea surgió para llenar el vacío entre el alta hospitalaria y la vuelta a la vida cotidiana.

1.2.5 – ALEJANDRA RODRÍGUEZ – El Mundo (21/03/99)

Anorexia. Hacer régimen predispone a los trastornos de la alimentación.

Un estudio australiano advierte que las dietas que emprenden muchas adolescentes para perder peso influyen decisivamente en la aparición de trastornos de la alimentación, como la anorexia y la bulimia. Según estos expertos, el ejercicio es el mejor método para controlar el peso entre los jóvenes.

Es cierto que la obesidad es un problema de salud pública en buena parte de las sociedades desarrolladas, pero también lo es que la obsesión por perder peso y tener un cuerpo delgado ha llegado a extremos preocupantes.

En la última edición de la revista *British Medical Journal* se publica un amplio estudio que advierte que las adolescentes que hacen dietas para perder unos cuantos kilos tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar con el tiempo un trastorno de la alimentación que las jóvenes que no restringen su alimentación. El trabajo tiene la ventaja de haber evaluado todos los parámetros que pueden influir en la aparición de estas alteraciones. Además, ha conseguido reflejar de manera bastante fiel a la población adolescente occidental.

Seguimiento: El equipo de investigadores, liderado por el doctor Patton, del Centro de Salud del Adolescente y miembro del Departamento de Pediatría de la

Universidad de Melbourne, siguió a más de 2.000 estudiantes matriculados en 44 institutos de Victoria (Australia), de entre 14 y 15 años, durante tres años.

En estas entrevistas se registró el peso y la altura de los jóvenes y sus hábitos alimenticios. También se les hizo un cuestionario para medir su estado mental y evaluar su predisposición a padecer algún trastorno de este tipo.

Otro cuestionario específico sobre desórdenes alimenticios sirvió para analizar si los estudiantes padecían anorexia o bulimia en mayor o menor grado. Como referente se tomó el Manual de Diagnóstico y Estadística de Alteraciones Mentales. Si el adolescente entrevistado presentaba al menos dos síntomas de alguno de los desórdenes alimenticios recogidos en este manual, era considerado afectado, aunque no estuviera diagnosticado clínicamente.

También se analizó el ejercicio que hacían y si lo practicaban regularmente, en equipos organizados o de forma individual. Además se tuvo en cuenta si habían recurrido alguna vez a estrategias para perder peso como saltarse las comidas, reducir la cantidad de alimentos que tomaban diariamente o si habían hecho el recuento de calorías que ingerían con cada comida o bebida que tomaban.

Esta misma batería de pruebas se repitió de forma rigurosa cada seis meses en entrevistas personales o por teléfono, en el caso de los adolescentes que habían abandonado los estudios.

Como conclusión, los encargados de este trabajo advierten que no se debe bajar la guardia, al menos de momento, en cuanto a los métodos que siguen los jóvenes para perder peso y a la obsesión que para muchos de ellos supone el hecho de adelgazar. Al comienzo del trabajo, en agosto de 1992, un 3,3% de las chicas y un 0,3% de los chicos entrevistados sufría algún desorden alimenticio, al menos de manera parcial.

En el transcurso del ensayo, los investigadores pudieron comprobar que la aparición de nuevos casos de anorexia y de bulimia era mucho más frecuente entre las chicas que entre los chicos. De hecho, por cada varón afectado por un trastorno alimenticio, aparecieron nueve enfermas de anorexia o bulimia. Por otro lado, las chicas que hicieron dietas severas tenían un riesgo 18 veces mayor de sufrir anorexia o bulimia que las chicas que no seguían regímenes alimenticios. Incluso las jóvenes que hacían dietas moderadas tenían mayor propensión a padecer trastornos de este tipo (cinco veces más).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que hacer dieta es un factor importante de riesgo de algún trastorno de la alimentación entre los adolescentes. Es posible que los que hagan dietas severas habitualmente se encuentren en el proceso previo a la aparición de uno de ellos», escriben los autores del estudio en sus conclusiones.

Aparte de los métodos para adelgazar, el estado mental también es un indicador muy fiable de la presencia o de la propensión a estas alteraciones. Para evaluarlo, se utilizaron cuestionarios que recogían diferentes factores de riesgo y síntomas asociados a los desórdenes alimenticios. Según los resultados de este cuestionario psicológico, se establecieron cuatro grupos según la puntuación obtenida. Un 6% de las chicas situadas en los grupos de puntuación más elevada desarrolló un trastorno de la alimentación, en comparación con menos del 1% en el grupo con pocos puntos.

Para hacer hincapié en la importancia de estos datos, los autores señalan que los casos de anorexia pueden estar, incluso, poco representados en este trabajo. El recelo que causan entre estas enfermas las cuestiones relacionadas

con el peso, la talla y la alimentación pueden haber provocado, posiblemente, que muchas afectadas rehusaran formar parte del trabajo. Finalmente, el equipo de científicos sugiere que el ejercicio regular y el deporte tienen mucho menos riesgo de desencadenar anorexia o bulimia, por lo que deberían ser propuestos preferentemente como métodos de control del peso para la población joven, en lugar de la restricción de alimentos.

1.2.6 – www.eloncedigital.com.ar (26/11/05) (Argentina)

Aumentan las consultas por casos de bulimia y anorexia

Desde fines del siglo XX, en una sociedad que sobredimensiona la estética corporal, la anorexia y la bulimia han adquirido una expansión alarmante. Según datos aportados por Aluba los casos que aparecen el 89% son mujeres y el 11% a varones.

Los trastornos alimentarios más frecuentes y temibles de esta última década, surgieron con un común denominador claro y preciso: la búsqueda desenfadada de la delgadez como medio para alcanzar el éxito y la aceptación social.

Los signos de alarma aparecen con mayor facilidad en verano y de allí que también aumenten las consultas en las instituciones dedicadas a la lucha y tratamiento de ambas enfermedades.

Según informó Silvina Cardoso, licenciada en Psicología e integrante de la Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (Aluba) durante el año aparecen entre 5 y 10 consultas mensuales, pero cada vez que llega el verano el número trepa a 15.

Ocurre que en esta época los adolescentes comienzan a ir a la playa, a usar ropas más sueltas y allí los síntomas se hacen más visibles. “Las chicas que están con anorexia o bajo peso se les nota más porque la ropa es más liviana. O quien concurría a la playa, ahora sólo va un rato o se niega a ir”, detalló.

Aparición

De los casos que aparecen el 89% corresponde a mujeres y el 11% a varones. Las edades más frecuentes son entre los 13 y 14 años. No obstante la profesional destacó que con el paso de los años si la enfermedad no se trata, se agrava. “Tenemos casos de chicas de 30 años que vienen con la patología desde la adolescencia y han tenido períodos donde ha mermado la enfermedad”, dijo.

Cardoso indicó que los padres en estos tiempos de altas temperaturas suelen notar que cuando los jóvenes van a comprar ropa “entran en crisis”. Y ejemplificó: “No encuentran el talle, o no les gusta y se angustian. También es común que no asistan a la pileta o a la playa o no concurran a un lugar bailable”.

A nivel familiar comienzan a ver que la persona no come o come menos o está muy ansiosa con la comida y van al baño enseguida de comer, probablemente a vomitar.

Aparecen también conductas de ocultamiento: “Ya comí en la casa de mi amiga o en lo de mi abuelo” y sin embargo nadie los ve comer.

Descubrimiento

A veces la familia tarda en descubrir la situación. “En algunos casos se ha encontrado comida escondida debajo de la cama”. En otros observan que su hijo se excede con la actividad física o notan un cambio de ánimo, irritabilidad y mal humor.

Las causas de estos trastornos se pueden encontrar en tres factores. El primero es genético. “La persona tiene una predisposición a enfermarse”. Influyen también factores sociales como “sobreevaluación de la imagen corporal” y por último factores

desencadenantes como la pérdida de un ser querido, la pelea con un novio o amigo o un evento traumático.

Riesgos

Los riesgos de las patologías son varios. Entre ellos están los problemas en el colegio, en el trabajo, con la familia y con la sociedad. Los jóvenes pierden el autoestima, deterioran su personalidad, no logran independencia ni insertarse en la sociedad. También hay riesgos de vida. “Con un vómito la persona puede provocarse un paro cardíaco, o a raíz de tomar laxantes o diuréticos produce un cambio orgánico. El bajo peso puede provocar una muerte repentina o no tener capacidad para soportar actividad física”, expresó la profesional.

Testimonios de casos avanzados

Melisa (23 años) empezó a asistir a Aluba en 2000 por un cuadro severo de anorexia. “Tenía muy bajo peso. Ya no podía sentarme porque me molestaban los huesos. Comía muy poco o dejaba de comer. Había días que sólo ingería galletitas y agua. O por la misma hambre había días que me daba atracones de comida y comía compulsivamente”. La adolescente comenzó a los 15 años a realizar dietas de revista o las que escuchaba por los medios. “Me molestaba que me dijeran gorda y a partir de los 15 empecé a bajar de peso, más aun porque tenía que ir a cumpleaños y no me entraba el vestido”. Melisa contaba calorías, seleccionaba las comidas e ingería laxantes. “Todo a escondidas. Yo no sabía qué me pasaba, pero lo tomaba como normal porque todo el mundo hace dieta”. Era muy exigente en la escuela y no encontraba sentido o felicidad en la vida.

Mantén una relación amorosa con un chico y él se dio cuenta del problema. “Avisó a mi familia y ellos me trajeron a Aluba”, donde le diagnosticaron anorexia. Hoy está en la última etapa de recuperación. “Estoy estudiando diseño gráfico y estoy tranquila con mi cuerpo”.

Síntomas

Anorexia: dietas severas o baja ingesta de comida, rituales con la comida (conteo de calorías, desmenuzar la comida en pequeñas porciones), intenso miedo de engordar, hiperactividad, esconder el cuerpo debajo de ropa muy holgada, uso de laxantes, abuso de edulcorantes, falta de menstruación, palidez, debilidad, mareo.

Bulimia: preocupación constante acerca de la comida (tema de conversación, dietas, calorías), atracones, formas de comer compulsivas, a escondidas, miedo a engordar, evitar el hecho de ir a restaurantes o reuniones donde se come, visitas al baño después de comer, vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, uso de medicamentos adelgazantes, fatiga.

1.2.7 – www.el-mundo.es/larevista (29/12/02)

Anorexia. La plaga del final del milenio

La trampa de la publicidad. La relación entre las tendencias que vende la moda y el aumento de la enfermedad parece evidente. Muchas modelos, además, son víctimas de la anorexia.

FINALES DE DICIEMBRE DE 1998. Salón de actos del Hospital del Niño Jesús de Madrid. Desde el centro del escenario, dos mujeres responden a las preguntas de las más de 100 personas que ocupan el patio de butacas. Ni una sonrisa. Mucha tensión en las caras. "Vengo a pedir ayuda", dice un chico muy joven. "Mi madre tiene anorexia y está en las últimas. Soy de un pueblo de La Mancha. Llegamos a Madrid hace dos días, para ingresarla en Urgencias de un hospital de aquí, pero a las horas le dieron el alta... Dicen que ellos no están para tratar estos casos. Si no la ingresan de nuevo, no dura una semana. Tiene 42 años y pesa 35 kilos. No sé adónde recurrir...".

"No sé ya qué hacer con mi mujer", cuenta un hombre de unos 40 años que se pone de pie para hablar. "Tiene 38 años, es anoréxica. No sé hasta cuándo podré aguantar... Apenas tenemos vida de pareja. Lo más importante para mi mujer es que si compro leche, sea descremada... Dicen que las anoréxicas quieren controlar todos los placeres y de paso te los niegan a ti. No, de ir al médico no quiere ni oír hablar. Si intentas llevarle a tu terreno, te ve venir y ahí se acaba la conversación. Creo que el control sobre la comida es lo único que realmente le proporciona placer...". "Mi hermana pegó hace unos meses la foto de Kate Moss en la puerta del frigorífico", dice una chica de unos 20 años. "Ahora pesa 38 kilos, con 1,65 de estatura. Después de comer, vomita... El otro día, la vi desnuda de espaldas y me quedé aterrada: se le podían contar todas las vértebras. Ella dice que no podemos obligarle a que ingrese en un hospital porque tiene 18 años. Mi madre está al borde de una depresión y mi padre quiere recurrir a un juez para hospitalizarla...".

Dos veces al mes, el Hospital del Niño Jesús cede su Salón de Actos a Adaner (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia y Bulimia) para su sesión informativa bimensual. Citan en ella a parientes y allegados de personas aquejadas de anorexia y bulimia que les han llamado en busca de ayuda. En los tres últimos años, han notado un cambio: se ha doblado la asistencia.

"Esto es ya una auténtica epidemia en la que están entrando niños pequeños, mujeres casadas, cada vez más hombres", explica Juana Martín. Pequeña, fibrosa, pelo muy corto y gesto de luchadora, Juana lleva conviviendo más de 10 años primero con la anorexia y ahora con la bulimia de un hijo que ya tiene 25 y, a la vez, "batallando junto con otros padres contra la sordera de esta sociedad, que sólo quiere enterarse del problema cuando alguien cercano enferma. Lo que no se imaginan son las probabilidades que tienen ahora de que ocurra en su familia. Los últimos cálculos son de más de medio millón de casos en España. Y están aumentando en más del 20% anual. Muchos padres no tienen ni idea de la doble vida de sus hijas e hijos. Sólo te diré que la mitad de las llamadas que recibimos son de adolescentes que te dicen: 'Mis padres no saben nada. Ayúdenme, pero que no se enteren...' Empiezan con una dieta, a veces en enero, ya sabes, por los propósitos de Año Nuevo, pero sobre todo en primavera-verano. Porque la verdad es que estos trastornos van por temporadas, como las pasarelas de moda. Y ahora dicen los creadores que ellos no tienen la culpa. ¡Qué me expliquen entonces por qué hay tantas modelos afectadas!".

Abro una de las decenas de páginas-chat (charla) sobre trastornos alimentarios en Internet. "¿Qué veis en esta imagen?", se lee junto a una fotografía. "Es un anuncio de Calvin Klein. ¿Cuál es el mensaje? No lo sé bien. De lo que estoy convencida es de que es una publicidad perfecta para vender una enfermedad mortal que no para de crecer. Escribo esta página porque mi hermana mayor lleva 17 años con anorexia. Los daños ya

son irreversibles. La han resucitado varias veces. Sabe que cualquier cosa, un simple catarro, puede matarla, que no podrá trabajar nunca. No vive una vida que pueda considerarse como tal. Tiene 33 años..."

Sus melenas brillan bajo los focos. En sus pieles de seda no se ve una imperfección. Sus cuerpos delgados venden la ropa más cara del mundo y -es cierto- un alto porcentaje de modelos acaban con trastornos alimentarios. ¿Por qué? ¿Acaso no tienen lo que todas las anoréxicas del mundo buscan? Nieves Álvarez, 23 años, 1,80 m., 4,5 millones de pesetas por desfile, conoce la respuesta por experiencia: "Detrás de un trastorno de la alimentación hay siempre un problema de autoaceptación e insatisfacción. Los medios de comunicación, la publicidad, te ponen en bandeja una forma de aceptación: adelgazar. La idea que te venden es que, mejorando tu imagen corporal, te aceptarán -te aceptarán- mejor, así que dejas de comer. Luego, el ayuno te arrastra a un círculo vicioso del que es imposible salir sin ayuda".

El mecanismo lo explica muy bien el doctor Gonzalo Morandé, jefe de la Unidad de Trastornos de la Alimentación del Hospital del Niño Jesús de Madrid, uno de los especialistas más reconocidos en nuestro país en el tratamiento de esos problemas. "Es cierto, el ayuno es adictivo. El déficit de nutrientes provoca alteraciones en los procesos bioquímicos del cerebro. Como consecuencia, aparecen sensaciones de altruismo, de autocontrol, paz espiritual, superioridad frente a los demás... Lo han sabido siempre las sectas, profetas y gurús. Si eso va acompañado de un 'premio', ya está montado el proceso. La anoréxica llevará su ayuno con rigor perfeccionista, como todo lo que hace en la vida. Si la personalidad es más extrovertida y hedonista, si se siente menos perfecta, hará trampas y vomitará y se purgará para compensar sus atracones. La anoréxica perderá músculo, hueso, grasa; su corazón, el útero, los bíceps se reducirán hasta quedar como los de una niña de 9 o 10 años. En la bulímica, la pérdida de masa corporal será menos visible, pero mientras pierde el control de los impulsos perderá también su autoestima y puede ser presa fácil de cualquier exceso: drogas, alcohol, promiscuidad... Por no hablar de los fallos cardíacos o renales, provocados por el abuso de laxantes y diuréticos. La situación puede prolongarse cinco, 10, 20 años. Afortunadamente, un 65% de enfermos tiene una recuperación casi total. Sólo un 7,8% va quedándose atrás, enfermo toda la vida, para desesperación de padres, cónyuges e hijos".

Ése fue el caso de Jane Fonda y también el de Diana de Gales, ambas bulímicas confesas. Es, también, el caso de cada vez más varones, sobre todo deportistas adultos; de muchos homosexuales (según las estadísticas, siguen más las modas que los heterosexuales); de modelos publicitarios... Triunfadores, aplaudidos, nadie los relacionaría con la infelicidad que conlleva un trastorno alimentario. Sin embargo, los expertos coinciden. Las víctimas más frecuentes suelen tener un pedigrí ejemplar: esforzadas, generosas, consideradas, educadas, inteligentes...

Lo notas en cuanto hablas con ellos cinco minutos: los familiares de enfermos de anorexia y bulimia comparten una rabia que parece siempre a punto de rebosar. Mari Carmen González, madrileña, con una hija que lleva 10 años entrando y saliendo en el tobogán de una anorexia que ya coquetea con la bulimia, no disimula un gramo de esa indignación. "No sólo es porque los gobiernos no nos han dedicado nunca un presupuesto digno. Es también por la hipocresía general de todos esos que se dicen creadores de tendencias".

Beatriz y Aitor, padres de una adolescente bulímica, están elaborando una lista de anuncios que asocian la delgadez con el éxito y a los gordos con el fracaso. "La idea surgió cuando supimos que hay niños menores de ocho años que dejaron de comer diciendo que 'los gordos son tontos y nadie les quiere'. En los institutos, hay una nueva frase de moda: 'Me gustaría ser tan delgada como una modelo de compresas'. ¿Cómo nadie ha denunciado esos mensajes? ¿No se ha conseguido suprimir la publicidad del tabaco, por su relación con el cáncer? El ayuno es tan adictivo como el tabaco y sus efectos secundarios son dramáticos".

La duda se cuele entre líneas. ¿Por qué los trastornos afectan a temperamentos tan definidos? ¿Y si en lugar de los creadores de tendencias, la culpa la tuvieran los genes, o un trastorno de la personalidad, o un trauma infantil latiendo en el subconsciente?

"Nuestros estudios apuntan a uno o varios genes propiciadores de los trastornos alimentarios", afirma un reciente estudio de la Universidad de Pittsburg. En dicho estudio, el doctor Walter Kaye ha recogido muestras de sangre de cientos de familias con al menos dos hijos o hijas afectados. "Una de las cosas que hemos descubierto es que los familiares directos de personas anoréxicas tienen 10 veces más probabilidades de contraer el trastorno que las personas en cuyo árbol genealógico no hay antecedentes de la enfermedad". Kaye concluye: "La sociedad occidental pone un énfasis desorbitado en la delgadez, y es lógico pensar que los trastornos alimentarios son sólo consecuencia de ese mensaje. Lo cierto es que la mitad del riesgo hay que buscarlo en causas hereditarias". "Está la predisposición innata", dice el doctor Gonzalo Morandé, "pero, como en todos los genes, tiene que haber un factor desencadenante y éste puede ser un bache psicológico, problemas con los amigos, la muerte de un familiar cercano, dificultades emocionales o sexuales... Si no se da ese bache, el trastorno es menos probable".

La voz de alarma la están dando también los demógrafos. "Los trastornos de la alimentación comprometen el futuro, porque se ceban en gente muy joven -el 90% son chicas de entre 14 y 20 años-. La tercera parte reincidirá y el 6% morirá como consecuencia de la enfermedad".

"Éste es el drama de dos generaciones perdidas", dice el doctor Ginés Salido, presidente de Adaner, "porque muchas de estas enfermas no tendrán hijos, bien porque no pueden -el sistema reproductivo de las anoréxicas se atrofia y ni siquiera tienen la regla- o porque su dificultad para relacionarse hace que apenas se emparejen. Pues bien, con todos esos datos, y en un país como el nuestro, con el índice de natalidad más bajo de Europa, en 30 años los gobiernos apenas han hecho nada. En España hay cientos de anoréxicas crónicas por no haber sido tratadas a tiempo o haber sido tratadas mal, y puedo presentarte a bulímicas que han acabado viviendo en las calles de nuestras ciudades, alcohólicas, comiendo lo que pillan en las basuras. La gente se cree que son drogadictas. ¡Cómo va a imaginar nadie que empezaron queriendo adelgazar!".

Hace más de un año, el Congreso aprobó una proposición no de ley para concienciar a los españoles del riesgo de los trastornos de la alimentación. ¿Qué se ha hecho? "Absolutamente nada todavía", me responden. "Hay una nueva iniciativa en el Senado, pero no tenemos demasiadas esperanzas. Ten en cuenta que después de tantos años, la Sanidad Pública no tiene siquiera un tratamiento protocolarizado para estos trastornos". El doctor Gonzalo Morandé ha dedicado su vida profesional a implantar ese protocolo

en el Niño Jesús, uno de los pocos centros españoles que lo aplican. "Hace falta un endocrinólogo que atienda el deterioro físico brutal, un psiquiatra que trate el problema mental, un nutricionista que cree nuevos hábitos de alimentación, un psicólogo que apoye a pacientes y padres, especialmente la madre, la otra víctima de esta historia. ¿Hasta qué punto es importante ese enfoque? Te respondo con otra pregunta: ¿Te imaginas que no existiera un protocolo de tratamiento para el cáncer?". Sabe que las consecuencias de la enfermedad -latidos irregulares, problemas hepáticos, daños renales, pérdida de la dentadura y de la masa ósea y muscular, exceso de vello, piel cuarteada, anemia, pesadillas o desmayos-, no son ninguna broma.

"De acuerdo", concluye María Carmen González. "No se puede ir contra la sociedad de consumo. Yo propongo a los creadores un ejercicio de imaginación. Igual las que superan la talla 46 se incorporan a su clientela. Los de Body Shop están haciendo una campaña con un eslogan que puede ser un buen comienzo: `Hay 3.000 millones de mujeres en el mundo. Sólo ocho son supermodelos`".

2 – La cultura de la delgadez y los trastornos alimentarios como nueva epidemia

fuentes: http://geosalud.com/Nutricion/anorexia_bulimia.htm
<http://comunidad-escolar.pntic.mec.es/668/tribuna.html>

A las puertas del siglo XXI una nueva epidemia se va extendiendo entre las sociedades industrializadas, y afecta sobre todo a adolescentes. Esta legión de personas que se va incrementando peligrosamente comienza a alarmar a especialistas en medicina, sociólogos, e incluso llega en forma de advertencia de su magnitud al Congreso y al Senado.

No está todavía registrada por la OMS en su conjunto, aunque si alguna de sus variables: Anorexia y Bulimia nerviosas, trastornos dismórficos, obsesivo compulsivos, problemas emocionales y de conducta...

En definitiva se trata de una obsesión moderna por la perfección del cuerpo, es la nueva "epidemia del culto al cuerpo".

Esta plaga de la búsqueda de la perfección tiene distintas formas de manifestarse y algunas de ellas difieren notablemente entre sí. Hay trastornos de tipo alimentario como la Anorexia y la Bulimia nerviosas, que vienen de la mano de la denominada "cultura de la delgadez".

Estos trastornos comparten varios síntomas en común, desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo. Esto ocurre porque en las últimas décadas, ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas. Es una meta impuesta por nuevos modelos de vida en los que el aspecto parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e incluso salud.

En la adolescencia los cambios físicos, psíquicos y sociales que sufre el joven hacen que esté pendiente del que dirán, así como sujeto a las presiones, tanto de los amigos como de los medios de comunicación. Todas estas circunstancias, junto con las connotaciones propias de una sociedad caracterizada como postmoderna, en la que los antivalores como el individualismo hedonista y narcisista, el esteticismo, el relativismo, el consumismo, la inmediatez, la liberación de toda atadura, "el valor del cuerpo", etc., hacen que afloren determinados trastornos de alimentación entre los adolescentes: la

anorexia y la bulimia, condicionados por la preocupación por el peso y la idea sobrevalorada de adelgazar.

El estar viviendo en "una sociedad de permanente crisis" no hace más si cabe que agravar la obsesión por los patrones de belleza que coinciden con los mensajes publicitarios y el mundo de las "top models".

El joven y su mundo se reducen a su apariencia física y, por tanto, de ella depende su éxito social y personal. Las manifestaciones de este modo de entender y dar sentido al cuerpo están visibles en la sociedad del joven y reflejados en todos los grandes medios de comunicación. Revistas, radio, periódicos, vallas, TV, etc., ofrecen spots publicitarios, invitando y prometiendo dietas de adelgazamiento, salones de belleza, productos "Light", etc.

Los jóvenes, inmiscuidos en una sociedad consumista en la que tener, poseer, disfrutar, ganar, alcanzar éxito y en la que todo vale, todo fluye y nada permanece, lo nuevo rápidamente se hace viejo y todo quiere ser experimentado, el placer por el puro placer, están haciendo que los adolescentes sean más vulnerables e imiten determinados patrones de belleza, dejándose influenciar por los medios de comunicación y, sobre todo, por la TV de donde los jóvenes beben las ideas, costumbres y patrones sobre la vida.

3 – Adolescencia: necesidades y deficiencias nutricionales

fuentes: <http://escuela.med.puc.cl>

En términos generales, el período de la adolescencia se extiende entre los diez y los dieciocho años, y su comienzo está marcado por el inicio del desarrollo de las características sexuales secundarias. En el sexo femenino, el aumento de la velocidad de crecimiento ocurre en promedio entre los 10 y 12 años, y en los varones aproximadamente dos años más tarde. Sin embargo, es importante considerar las variaciones individuales, ya que el aumento de las necesidades nutricionales se relaciona más a la etapa de desarrollo que a la edad cronológica.

Las necesidades nutricionales de la adolescencia varían con la edad, el sexo, y el desarrollo puberal. Antes de la pubertad, los niños y niñas tienen una composición corporal similar. En los niños, entre los 10 y 17 años, la masa de tejidos magro (sin grasas), llega a doblarse, y el porcentaje de grasas disminuye lentamente, de modo que al final de la pubertad, ha decrecido en un 12%. Las niñas también aumentan su tejido magro, pero, ganan más grasas que los varones, alcanzando un 23% al final de la adolescencia. A las niñas, con el objeto de tranquilizarlas y no lleguen a someterse a dietas sin razón, es necesario advertirles que es normal que se acumulen grasas en el período del estirón, al comienzo de la pubertad.

La máxima necesidad calórica para las mujeres, está al comienzo de la adolescencia (entre los 11 y 14 años), y en los hombres, en la mitad de la adolescencia (entre 15 y 18 años). Cuando la dieta aporta menos de 2.000 calorías diarias hay que preocuparse. Sin embargo, si aporta más de 2.000 calorías diarias, no necesariamente quiere decir que esté asegurado el aporte de nutrientes. Para satisfacer un requerimiento calórico adecuado para la edad, hay que considerar el sexo, la edad cronológica y la altura, más que la masa corporal.

Las mayores demandas nutricionales derivadas del rápido crecimiento se contraponen con los cambios en la conducta alimentaria que ocurren en la adolescencia debido a factores culturales, a la necesidad de socialización y a los deseos de independencia propios de esta etapa. Estos hábitos alimentarios se caracterizan por:

- Alimentación desordenada con tendencia creciente a saltarse comidas, especialmente el desayuno y el almuerzo, concentrando la ingesta en el horario vespertino.
- Alto consumo de comidas rápidas, golosinas y bebidas azucaradas de alta densidad calórica y bajo contenido de nutrientes específicos.
- Baja ingesta de calcio debido al reemplazo de la leche por bebidas o infusiones de bajo contenido nutricional.
- Escaso control y conocimiento de los padres respecto a la alimentación de sus hijos adolescentes.
- Tendencia frecuente a dietas hipocalóricas especialmente en adolescentes mayores, alcanzando una prevalencia de hasta 60%

Durante la pubertad se crece aproximadamente el 20% de la talla definitiva y el 50% del peso. Las deficiencias en el consumo adecuado de calorías y nutrientes, pueden retrasar la maduración sexual y también retrasar o detener el ritmo de crecimiento. Una inadecuada ingesta de nutrientes puede traducirse en manifestaciones clínicas no inmediatas, sin embargo probablemente más tarde se evidenciaran serias alteraciones durante la juventud. Los hábitos y actitudes que se adquieran frente a los alimentos en esta edad, tienen una alta posibilidad de persistir durante la juventud.

4 – Conducta alimentaria: regulación y alteración

fuentes: http://geosalud.com/Nutricion/anorexia_bulimia.htm

Las conductas alimentarias en las personas están reguladas por mecanismos automáticos en el sistema nervioso central (SNC) . La sensación de hambre procede, tanto de estímulos metabólicos, como de receptores periféricos situados en la boca o el tubo digestivo. Se induce la sensación de apetito, que desencadena la conducta de alimentación. Al cesar los estímulos aparece la sensación de saciedad y se detiene el proceso. Las personas normales, en situación de no-precariedad presentan unas reacciones adaptadas a los estímulos de hambre y de sed, con respuestas correctas hacia la saciedad.

Desde hace tiempo, el hipotálamo se reconoce como el lugar donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación, que están vinculados a experiencias previas.

En la actualidad, el acto de comer sigue siendo un fenómeno de comunicación social. A través de la comida el grupo se siente cohesionado e identificado, en la mayoría de los actos sociales la comida ocupa un lugar preferente.

Haciendo historia de los trastornos alimentarios puede decirse que se recogen conductas alimentarias desordenadas desde la antigüedad y en los ágapes era frecuente recurrir al vómito provocado, pero para reiniciar la comilona. El comer abundantemente era

privilegio de pocas personas, de ahí que el sobrepeso, la obesidad, era signo de salud, belleza y poder.

Las posibilidades de que este proceso natural de alimentarse se altere son múltiples. En unas ocasiones, la causa es física, enfermedades que dificultan el proceso de la alimentación o alteran el aprovechamiento normal de los alimentos; por último este proceso natural puede verse alterado por factores sociales: religión, cultura, status, moda etc...

Así existen otros trastornos importantes como pueden ser la obesidad o falta de apetito derivada de enfermedades que las podemos considerar físicas y otras enfermedades que son mentales y desencadenadas por una serie de factores psicológicos, socio-culturales y educativos.

A partir de esta alteración en la conducta alimentaria aparecen los trastornos de alimentación que son fundamentalmente la Anorexia y la Bulimia nerviosas.

5 – Una aproximación a los trastornos nutricionales

fuentes: <http://comunidad-escolar.pntic.mec.es/668/tribuna.html>

Estas dolencias se diagnostican mal y tardíamente, tienen difíciles, largos y complejos tratamientos y no se dispone de suficientes medios y expertos.

Aparecen en personas muy jóvenes –muchas de las cuales “quedarán muy truncadas”, al menos transitoriamente-, raramente antes de los 11 a 12 años o después de los 25 años. Pero una de las peculiaridades de la anorexia y la bulimia es que están asociadas al significado social y personal del cuerpo como distinción y competencia, así como con los hábitos y costumbres alimentarios y con la influencia de los medios dirigidos al culto cuando no manipulación del cuerpo sobre determinados modelos de estilos de vida, delgado sobre todo.

Aunque no se conoce del todo las causas últimas de dichos trastornos, se acepta la influencia de factores biológicos, psicológico personales y socioambientales y de costumbres alimentarias en su génesis.

Por último, hay que destacar la gran alarma social que conllevan las cifras de incidencia y prevalencia crecientes de la anorexia y la bulimia, hasta niveles de auténtica epidemia en las sociedades occidentales en las últimas décadas, en las que se han duplicado las tasas para la anorexia nerviosa y quintuplicado para la bulimia nerviosa, aunque estas cifras sean controvertidas o al menos discutibles.

La cuestión se complica si se tiene en cuenta la muy deficitaria información o psicoeducación desde tempranas edades sobre hábitos alimentarios en el ámbito familiar, escolar e incluso a nivel de atención médica primaria, ya que esta desinformación repercute en la elaboración de los diagnósticos.

Como, además, en esta sociedad de consumo el culto al cuerpo va en aumento, en perjuicio de otros valores personales, no es de extrañar que se vea bien que una hija o un hijo –en porcentajes elevados algo “gorditos previamente” al inicio de la enfermedad- pierda peso “voluntariamente” porque está algo llenito, sin pensar en la posibilidad que en esta decisión subyace una patología de modo que cuando reparan en

la gravedad del problema, casi siempre por casualidad, los afectados presentan un cuadro clínico en estado muy avanzado, que dificulta el tratamiento de la enfermedad.

6 – Definición de anorexia. Tipos y fases de la misma

fuentes: *Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO*
www.deporteyciencia.com

Según el **Dr. Alfonso Chinchilla** “la anorexia nerviosa se podría definir como la preocupación obsesiva por tener un cuerpo delgado recurriendo a todo tipo de medios de manipulación alimentaria y corporal, seleccionando, restringiendo, tirando, escondiendo o evitando los alimentos, provocándose el vómito o usando laxantes o diuréticos por una parte, o bien haciendo un ejercicio físico desmesurado. Todo ello sin conciencia de enfermedad y ocultando estas conductas o minimizándolas. Estas conductas derivan del miedo absurdo y obsesivo de las personas afectadas a estar gordas, una obsesión que las mantiene atrapadas absurdamente, al principio con un aparente autocontrol hasta que, posteriormente, la obsesión por la delgadez les lleva a exponerse múltiples riesgos como consecuencias de la manipulación alimentaria”.

Se distinguen dentro de esta enfermedad dos tipos:

- a) Tipo restrictivo: este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- b) Tipo compulsivo / purgativo: este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos).

Así mismo se han estudiado tres fases de este trastorno.

FASE I, ocurre meses o años antes que comience el proceso de adelgazamiento, se caracteriza por la falta de autoestima y por el incremento de la inseguridad respecto a la apariencia física de uno mismo.

FASE II, la actitud anoréxica aparece plenamente. Parece haber un temor irracional hacia el comer, que alcanza proporciones fóbicas. La mayoría de los anoréxicos se sienten más contentos y aliviados cuando comienzan sistemática y exitosamente a reducir su ingestión de comida y a perder peso.

FASE III, aquí la gravedad de la enfermedad obliga a los anoréxicos a reconocer que tienen un problema. Durante esta etapa hacen algunos intentos infructuosos por comer más o por interrumpir sus frecuentes y a veces voluntarios vómitos de comida. Aunque después de un ligero aumento de peso les entra el pánico y temen que sus delgados cuerpos se vuelvan voluminosos y poco atractivos.

7 – Definición de bulimia

fuentes: *Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO*

Según el **Dr. Alfonso Chinchilla** “En cuanto a la bulimia nerviosa, se podría definir como un impulso irresistible a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida, de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un periodo de tiempo variable. El paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, viéndose incapaz de frenar los episodios de voracidad. Esa ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-malestar abdominal, sensaciones nauseosas de plenitud, lo que al comienzo de la enfermedad, junto a los frecuentísimos sentimientos de culpa y vergüenza, genera depresión y autodesprecio. Para hacer frente a la angustia causada por estos estados de ánimo se provocan el vómito reflejo o voluntario; cuando no consiguen vomitar recurren a laxantes y diuréticos, al ejercicio físico o al ayuno posterior.”

8 – Perfil

fuentes: <http://www.educar.org/articulos/bulimiayanorexia.asp>

El perfil de personalidad más frecuente en los anoréxicos y anoréxicas es el de un adolescente responsable, de excelente desempeño en la escuela (Ej.: abanderado, brillante), con gran dominio del lenguaje, lo que se llamaría “un hijo/a ejemplar”. En la conducta alimentaria suele ser caprichoso y tirano (su carácter cambia con respecto a la comida y aumenta su irritabilidad). En cuanto al perfil de las personas anoréxicas es idéntico al de las personas que padecen de bulimia.

Además, los adolescentes que participan en deportes y actividades artísticas, que enfatizan la delgadez y la competencia, como el ballet, atletismo, gimnasia y patinaje, tienen mayor predisposición a desarrollar un desorden de la alimentación.

9 – Síntomas de la anorexia; descripción y esquema

fuentes: <http://www.educar.org/articulos/bulimiayanorexia.asp>
Boletín de la sociedad de pediatría de asturias, Cantabria, Castilla y Leon 363

La niña que inicia una anorexia suele comenzar mostrándose hiperactiva, en familia se muestra más predispuesta a participar en diversas actividades que antes desarrollaban otros miembros, en ocasiones se enfada si no la dejan, muestra peor carácter por motivos nimios y pone todo tipo de excusas para evitar alguna de las comidas. Tarda más tiempo de lo habitual en comer, trocea en exceso los alimentos, deja las salsas y en cualquier descuido, si ya se percibe observada, oculta comida, la vuelve a la fuente o la disimula debajo de la lechuga, la esconde en el pan o discretamente la introduce en el bolsillo. Otras veces se levanta de la mesa para escupir en la cocina o bien devolver en el baño con la disculpa de ir a lavarse los dientes.

Establecido el cuadro e iniciada la pérdida de peso, la mayoría de los síntomas son secundarios a la desnutrición. La paciente muestra peor circulación periférica se muestra hipotensa, hipotérmica y bradicárdica. Se desarrolla el lanugo y la piel se muestra seca y

ocasionalmente amarillenta, secundaria a hipercarotenemia. El estreñimiento es frecuente y si aparecen diarreas hay que tener presente el uso posible de laxantes. En estados avanzados puede aparecer fatiga, sudor frío, mareos, lipotimias y alteraciones de la atención y concentración.

En la anoréxica como en la bulímica vomitadora es frecuente la hipertrofia de parótidas, ocasionalmente dolorosas a la palpación. La amenorrea, en algunas ocasiones, se establece desde el comienzo cuando la pérdida de peso aún pasa desapercibida, en otras ocasiones, tiene lugar en estadios más avanzados, cuando la pérdida de peso es evidente.

Nota: La desnutrición prolongada, incluso en pacientes cuya evolución no supera los seis meses conlleva una disminución de masa ósea. Esta alteración parece que no se recupera al menos en su totalidad posteriormente a la normalización ponderal.

Los criterios considerados por la Sociedad Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de la anorexia psíquica son los siguientes:

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y talla.
- Adopción de dietas, que dan a la persona enferma sentimiento de poder y control.
- Posee un único objetivo, “ser delgado”.
- El carácter es hostil e irritable.
- Sobreviene la depresión.
- Realización de actividad física intensa.
- Miedo intenso al aumento de peso o a ser obeso incluso con peso inferior al normal.
- Distorsión de la apreciación del peso, el tamaño o la forma del propio cuerpo.
- En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en el plazo previsto (amenorrea primaria o secundaria).
- Estreñimiento.
- Preocupación por las calorías de los alimentos.
- Dolor abdominal.
- Preocupación por el frío.
- Vómitos.
- Preocupación por la preparación de las comidas.
- Restricción progresiva de alimentos. Y obsesión por la balanza.
- Preocupación por la imagen y la idea.
- Abundancia de trampas y mentiras.
- Hiperactividad y preocupación obsesiva por los estudios, sin disfrute de ellos.

10 – Síntomas de la bulimia; descripción y esquema

fuentes: *Boletín de la sociedad de pediatría de asturias, Cantabria, Castilla y Leon 363*
http://geosalud.com/Nutricion/anorexia_bulimia.htm

La bulimia suele tener un inicio más tardío, hacia los 18 años y el proceso de desarrollo similar a la anorexia. En un momento de conflicto personal el individuo decide que

adelgazar puede ser una conquista personal valiosa, que le hará sentirse mejor, valorarse más y, posiblemente, ser mejor aceptado. Suele decirse que una bulimia es una anorexia fracasada.

La clínica actual suele presentarnos, mujeres de 25 a 35 años que consultan por primera vez y refieren padecer el trastorno en secreto desde los 18 a 20 años. La mujer con una bulimia, habitualmente con un peso normal, puede pasar desapercibida durante tiempo para sus allegados. Si alguna vez son sorprendidas devolviendo, salen con una excusa. Si devuelven con frecuencia, presentan erosiones en el dorso de la mano, producido por el roce de los dientes (signo de Russell). Los estomatólogos están familiarizados con el deterioro de las piezas dentarias, debido a la erosión del esmalte producido por el vómito y que afecta a la cara interna de los incisivos.

Los síntomas mas frecuentes en forma de esquema son:

- Comer compulsivamente en forma de atracones y a escondidas.
- Preocupación constante en torno a la comida y el peso.
- Conductas inapropiadas para compensar la ingesta excesiva con el fin de no ganar peso: uso excesivo de fármacos, laxantes, diuréticos y vómitos autoprovocados.
- El peso puede ser normal o incluso elevado.
- Erosión del esmalte dental pudiendo llegar a la pérdida de piezas dentarias.
- Cambios de carácter incluyendo: depresión, tristeza, sentimientos de culpabilidad y odio hacia una misma.

11 – Las causas de la anorexia y la bulimia

fuentes: *Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO*
www.deporteciencia.com
www.escuelamed.puc.cl

En primer lugar se ha de tener en cuenta que los trastornos del comportamiento alimentario no son sólo problemas clínicos, no son problemas individuales, sino sociales. La comida tiene una ambivalencia profunda, ya que puede ser fuente de intenso placer, pero también de sufrimiento. Las personas anoréxicas y bulímicas mezclan ambos sentimientos para lograr un supuesto equilibrio estético, moral y de salud difícil de alcanzar. Si, como viene haciéndose últimamente, se reconoce cada vez más la influencia de los factores sociales para explicar el origen de estas enfermedades, hay que ser consecuente y modificar o adaptar algunas de las prácticas de atención para evitar que en el abordaje clínico los factores socioculturales continúen manteniéndose en la periferia.

La población de riesgo está enormemente bombardeada por la actual presión cultural dirigida a potenciar los aspectos estéticos, la promoción de una figura inalcanzable para

muchas adolescentes (sin relacionar la talla con el peso), la vinculación de la belleza física con el éxito, y sobre todo intervenir en la exigencia de un control sobre el llamado "body business", hay grandes intereses económicos detrás.

Hay una mayor prevalencia en sociedades occidentales, en las que la esbeltez es el ideal de belleza, da la imagen de autocontrol, independencia, éxito personal y profesional, siendo las clases sociales altas las que mantienen esa delgadez.

Analizados los factores propios de la sociedad occidental industrializada en cuanto al aumento de los trastornos de la alimentación. Estos factores son: un cambio en el rol femenino, preocupación por la apariencia e imagen corporal asociada con un aumento de los medios de comunicación volcada hacia la moda y el consumo y una constante preocupación por el peso y la obesidad.

Pero no solo los factores socioculturales han de ser tenidos en cuenta. Así, en el caso de la anorexia a partir de una perspectiva biosicosocial es posible considerar los distintos factores individuales (biológicos y psicológicos), familiares y sociales que confluyen para que en una etapa vulnerable del desarrollo, aparezca la enfermedad. Se describe como rasgos de personalidad premórbida de la anoréxica, el perfeccionismo, las expectativas personales altas, la tendencia a complacer necesidades de los demás y la baja autoestima. En la adolescencia, estas características se oponen a las tareas evolutivas centrales, como son la consolidación de la identidad y el funcionamiento autónomo. Desde el punto de vista de los factores biológicos los estudios no son concluyentes, pero existiría un riesgo genético y una predisposición fisiológica para desarrollar la enfermedad. Las familias de las pacientes anoréxicas se han descrito como con tendencia al aglutinamiento, a la rigidez y a la evitación de conflictos. Son familias en las que hay una alta valoración de la abnegación y en las que se busca el predominio del bienestar y la estabilidad familiar sobre las necesidades individuales.

La bulimia nerviosa parece ser producida por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. A diferencia de lo que ocurre en pacientes con anorexia nerviosa las pacientes con bulimia, tienden a ser más impulsivas y a tener inestabilidad en los estados de ánimo, estos rasgos se acentúan con la enfermedad. En las familias de las pacientes bulímicas hay una mayor expresión de sentimientos negativos, más conflictos y más inestabilidad.

12 – Problemas físicos y psíquicos derivados: descripción y esquema

fuentes: <http://www.educar.org/articulos/bulimiayanorexia.asp>

Las personas con anorexia pueden tener mareos, problemas cardíacos, presión arterial baja, temperatura corporal baja, y desmayos. La anorexia causa que el cabello y las uñas se vuelvan frágiles y que ocurra una gran pérdida del cabello en la cabeza. Otros síntomas de anorexia son piel seca, deshidratación y constipación. La gente con anorexia usualmente se siente deprimida, cansada y fría. La anorexia también causa lanugo, que es el crecimiento de un vello muy fino y abundantes en cara, espalda y brazos. La anorexia puede dar por resultado un crecimiento interrumpido o retardado en niños y niñas. La anorexia puede causar que cesen los períodos menstruales ya que no existe suficiente estrógeno para mantener la función normal del cuerpo. Cuando no se tienen suficientes estrógenos podemos desarrollar una osteoporosis o huesos débiles. La

combinación de osteoporosis y exceso de ejercicio pueden llevar a tener fracturas por stress.

Las personas con bulimia pueden sufrir de serios problemas electrolíticos, irregularidad en sus períodos menstruales, deshidratación, hinchazón en la cara, dolor de garganta, caries dentales, piel seca y escamosa, constante malestar estomacal, pirosis, constipación, depresión y fluctuaciones en el peso. Los niveles bajos de potasio, producto de la pérdida de grandes cantidades de potasio en el vómito, pueden llevar a tener serias arritmias cardíacas e incluso la muerte.

La bulimia es difícil de detectar con tan solo ver a la persona, ya que los problemas de salud no son tan obvios como en la anorexia. La bulimia puede causar daño permanente a los dientes, intestinos, estómago, corazón, nervios y metabolismo.

Estas son, esquematizadas, las complicaciones de la bulimia y la anorexia.

Las complicaciones debidos a los vómitos provocados son las siguientes:

- Engrosamiento glandular (área cuello).
- Caries, erosión de la raíz dental, pérdida de piezas dentales.
- Desgarramiento esofágico.
- Esofagitis crónica.
- Inflamación crónica de la garganta, dificultad para tragar.
- Espasmos estomacales.
- Problemas digestivos.
- Anemia.
- Alteración del balance electrolítico.
- Problemas gastrointestinales e hipopotasemias (concentraciones bajas de potasio en sangre).

Las complicaciones producidas por abuso de diuréticos son:

- Hipokalemia (descenso del nivel de potasio).
- Disminución de los reflejos.
- Arritmia cardíaca.
- Daño hepático.
- Deshidratación.
- Sed.
- Intolerancia a la luz.

Las complicaciones por el abuso de laxantes son:

- Dolores abdominales no específicos (cólicos).
- Intestino perezoso (colon catártico).
- Mala absorción de las grasas, proteínas y calcio.

13 – Tratamiento: descripción y esquema

fuentes: <http://www.educar.org/articulos/bulimiayanorexia.asp>
Boletín de la sociedad de pediatría de asturias, Cantabria, Castilla y Leon 363

La evaluación minuciosa del enfermo, el conocimiento en detalle de su evolución en el tiempo, las circunstancias personales, familiares, laborales y, sobre todo, el resultado de otros posibles intentos terapéuticos, son la mejor fuente de información previa a una toma de decisión. El inicio de toda relación terapéutica está basado en una buena empatía, relación cálida y respetuosa, sin llegar a imponer una dependencia excesiva y libre de críticas a las que este tipo de pacientes son especialmente sensibles.

No se dispone de un tratamiento universal capaz de solucionar estos trastornos de la conducta aunque se puede decir que la mitad de los pacientes se curan de forma definitiva. Algunos pacientes presentan cuadros depresivos y baja autoestima, para lo que se utilizan algunos antidepresivos. Sin embargo, los especialistas consideran como un paso muy importante la normalización del peso corporal, utilizando para ello como ayuda inestimable la psicoterapia y la terapia familiar.

Así, del tratamiento de la anorexia, algunos aspectos fundamentales son el ingreso involuntario, cuando el paciente no es consciente de riesgos vitales, y rechaza el tratamiento. La familia muchas veces no sabe de este recurso y otras veces es amenazada por el paciente si percibe que depende de los padres la toma de decisión. Es el médico quien tiene que mostrar su preocupación y plantearle la necesidad de un ingreso y la imposibilidad de otra alternativa. Si no acepta se le informa que el juez decidirá en última instancia. Lo habitual es que la tensión del inicio se transforma en un clima de confianza y colaboración. El segundo paso es la restauración de una dieta apropiada, dependiendo del estado nutricional de partida y observando la tolerancia individual.

En cuanto al tratamiento psicológico el abordaje consensuadamente aceptado es el cognitivo-conductual. Se recomienda la psicoterapia familiar en menores de 18 años. No se descartan otras opciones, como la psicoterapia interpersonal.

Por lo que respecta al tratamiento de la bulimia se parte de la evaluación individual. Rara vez en el o la paciente bulímica se plantea un problema nutricional. El problema fundamental más frecuente consiste en romper sus ciclos de restricciones-atracones-purgas. Un primer consejo consiste en restituir un patrón alimentario normal. Los ingresos suelen ser cortos y mayormente dirigidos a romper fases agudas de descompensación, consistentes en reagudizaciones de ciclos de atracón-vómito, cuadros depresivos con riesgo vital, autoagresiones e ingesta de alcohol compulsiva. La psicoterapia cognitivo-conductual es el tratamiento actual con más evidencia de eficacia. Algunos estudios controlados han demostrado también la eficacia de la psicoterapia interpersonal.

De forma esquemática, para tratar la anorexia, se usan los siguientes tipos de terapias:

- Psicoterapia.
- Terapia comportamental.
- Medicamentosa.
- Familiar hiperalimentación.

Etc.

El tratamiento de la bulimia requiere de las siguientes terapias:

Psicoterapia individual, de grupo y/o familiar.

Orientación nutricional.

Se debe establecer un plan a seguir bajo supervisión de un terapeuta. (este establecerá las bases para el buen fin del tratamiento):

1. Voluntad en llevar una pauta de tratamiento.
2. Disciplina en las dietas, y con las hospitalizaciones si son necesarias.
3. Control de peso en los objetivos proyectados.
4. Hacer una vida social normal.
5. Regularidad en las consultas individuales o familiares.
6. Control médico.
7. Fortalecer la personalidad.
8. Confianza en el entorno familiar.
9. Confianza con su terapeuta.

14 – Qué hacer desde los círculos más cercanos: familia, amigos y escuela

fuentes: www.youngwomenshealth.org

Es importante que se apoye al enfermo/a durante las comidas y las colaciones. Siéntense a comer juntas. Hablen sobre temas de conversación neutrales. Estos suelen ser los momentos del día más difíciles para estas adolescentes. El comer puede ser causa de ansiedad y generalmente requiere apoyo y supervisión. Es importante no concentrarse en las calorías, las grasas, o los gramos, sino hablar sobre otras cosas.

Generalmente estas adolescentes se sienten muy culpables por comer. Si alguien en quien ellas confían come con ellos o ellas, hace mas agradable la experiencia de comer.

Inventar un Pacto Alimentario. No hablen sobre el tamaño de las porciones, las calorías, o el contenido graso de los alimentos. Que quede claro de antemano que la selección de los alimentos, y otros temas difíciles, no se discutirán al momento de comer. Esto reducirá la tensión que generalmente se asocia con el comer.

Hacer las compras juntos. Exploren su mercado favorito, o visiten uno nuevo. Busquen nuevas marcas de alimentos. Pongan el objetivo de probar un nuevo alimento por semana, o cada dos semanas.

Planear las comidas con anticipación. Cocinar juntos. Probar nuevas recetas. Fortalecer sus intereses extra-alimentarios proponiéndole actividades artísticas, música, yoga, o servicio de voluntariado para ayudar a otras personas. Ayúdele a aumentar su autoestima favoreciendo intereses saludables.

Se debe tener muy presente que el acoso y hostigamiento acerca del peso y la figura usualmente es una manera dolorosa y poco cortés de juzgar a la gente. Además, las

conversaciones y actividades que se enfocan en la delgadez, el peso y las dietas pueden ser peligrosas.

Las revistas, películas y la publicidad promueven modelos irreales de belleza y peso. Cuando utilizamos esta imagen para compararla con nosotros mismos, comienza el problema porque todos somos diferentes en figura y talla. Es muy difícil evitar o luchar contra la industria que pone estas ideas en nuestra cabeza. Comencemos aceptando que estos estándares irrazonables para medir los cuerpos pueden crear pensamientos y conductas alimenticias desordenadas y generalmente baja autoestima.

El desarrollo de nuevos planes de estudio en las escuelas promoviendo conciencia acerca de los desórdenes alimenticios así como actitudes saludables sobre la imagen corporal y la comida son necesarios en la prevención de los desórdenes alimenticios.

15 – Mujeres, jóvenes y mujeres jóvenes: el grupo más castigado

fuentes: http://geosalud.com/Nutricion/anorexia_bulimia.htm
Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO

Es abrumador el número de personas que desearían estar en el "cuerpo de otro". Según los expertos en psiquiatría desear una imagen perfecta o casi perfecta no implica padecer una enfermedad mental, sin embargo aumenta las posibilidades de que aparezca.

Y es en la adolescencia, cuando este tipo de obsesión se está convirtiendo en una pesadilla, ya que con una personalidad aún no configurada ni aceptada, con unos medios de comunicación que transmiten constantemente modelos de perfección y belleza, se sienten en la obligación de ser cuerpos "Danone" sacrificando su salud y llegando hasta las últimas consecuencias en sus conductas inadecuadas.

Según las palabras del **Dr. Alfonso Chinchilla**: “La anorexia y la bulimia nerviosa no son enfermedades de niñas tontas que desean ser delgadas. Son personas con una grave perturbación psicológica. Muy frágiles. En un momento dado se ven frente a un conflicto: no pueden evolucionar psicológicamente como personas ni pueden crecer, el conflicto es angustioso. Deciden crecer retrasando su desarrollo. Requieren mucha ayuda”.

En relación con el género, las razones de por qué se dan más mujeres ayunadoras que hombres parece que tiene que ver con dos cuestiones principales. En primer lugar, con la posición diferencial que las mujeres han ocupado respecto a los hombres y, en segundo lugar, con las responsabilidades asumidas respecto a la comida: las mujeres han sido productoras, socializadoras. Sus renuncias a no comer no son, pues, modernas ni ilógicas: cuando ha escaseado la comida en el grupo doméstico han sido las primeras en disminuir u omitir la ingesta, las mujeres han ayunado proteínas en favor de hombres, niños o ancianos cuando los animales no abundaban, las mujeres han demostrado su fe mediante el seguimiento de las prescripciones de los ayunos religiosos o se han solidarizado con los hombres comiendo menos cuando éstos estaban luchando en el frente. A menudo, las mujeres han optado por un no-comer silencioso para regular

los recursos económicos del grupo, para socializar a sus miembros, y también para demostrar sutilmente su conformidad / disconformidad con el orden social. Así pues, hay muchos valores asociados a sus autoayunos y, de hecho, siempre han existido presiones “culturales” para la restricción alimentaria. Se trata de analizar qué sentido toman hoy.

Haciendo un poco de historia, es a partir de 1925 cuando los cánones de belleza femenina dan un giro importante, ya que con la desaparición total del corsé (se usó casi 4 siglos), la mujer comienza a mostrar su cuerpo de otra manera. En este año aparecen por primera vez los figurines de moda en los que se apunta una estilización progresiva, se acortan los vestidos, se enseñan las piernas y hay una supresión de curvas. Coincide con la incorporación de la mujer al deporte en la alta burguesía y comienza la moda de mujeres delgadas.

Esta progresiva exhibición del cuerpo femenino es imparable y hace que la mujer se preocupe ya que comienza a ser observado y criticado.

También el papel de la mujer es analizado a partir de los años 60, no sólo en relación con la moda, sino por el cambio social que se produce a partir de su incorporación masiva al mundo laboral. La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (papel tradicionalmente atribuido a la madre), la desaparición del hábito de comer en familia, la supresión de la merienda y la cena se destacan como factores que pueden conducir a una dieta errónea.

Los cánones de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad femenina hacen que las adolescentes sientan un impulso irrefrenable de estar tan delgadas como las modelos "top models" que la publicidad y medios de comunicación presentan a diario.

No es casual que el perfil de la joven anoréxica sea mayoritariamente el de una chica responsable y estudiosa, que desea realizar correctamente su rol social y que tiende a un perfeccionismo exagerado.

Los mensajes educativos dirigidos a las jóvenes sobre todo estimulan a que hay que ser doblemente responsable que los chicos para conseguir éxito en la vida profesional y compatibilizarla armoniosamente con la familia.

Uno de los índices para lograr el éxito y la aceptación social va a ser tener un físico apropiado, estar delgada, y dado que la pérdida de peso puede realizarse con voluntad y esfuerzo he aquí el reto por el cual se va a empezar a ser responsable "también" en este terreno.

16 – El aula: un lugar imprescindible desde el que prevenir y tratar la anorexia y la bulimia

fuentes: http://geosalud.com/Nutricion/anorexia_bulimia.htm
Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO
www.cnice.mecd.es

Los adolescentes, que están sufriendo cambios físicos, emocionales y sexuales, son una población muy sensible a los mensajes que llegan desde los medios de comunicación donde se asocian un aspecto físico ideal, con una imagen de autocontrol, atractivo, inteligencia y éxito. Es por ello fácil de entender que los adolescentes hagan dietas incontroladas, para alcanzar esa imagen ideal.

La detección precoz y la prevención son piezas claves para evitar que estos trastornos alimentarios progresen. Desde la escuela se puede estar atento a ciertos signos que denotan que algo no marcha bien, luego un diagnóstico profesional, dirá si se trata o no de un trastorno alimentario.

La escuela, como un lugar para el aprendizaje y la socialización, se convierte en un espacio privilegiado donde poder trabajar especialmente las cuestiones relativas a la comida, el género y la imagen corporal. Tener en cuenta los centros educativos no sólo debe interesarnos porque constituyen el entorno y el colectivo en el que muchos de estos jóvenes están inmersos y con el que interactúan, sino porque son un lugar para la formación y el aprendizaje.

Todas las personas relacionadas con la educación tienen un papel importante en la detección precoz de estos trastornos, observando los comportamientos, cambios emocionales y de aspecto físico que pueden hacer pensar en este tipo de trastornos alimentarios.

Los mensajes para prevenir y ayudar desde el aula pueden estar enmarcados en una Educación para la Salud entendiendo este concepto no solo en la prevención de estas enfermedades sino en un espacio más amplio y positivo de promoción de salud ya que el centro educativo no puede permanecer al margen, sino que debe elaborar proyectos y programas en este ámbito.

En este tema transversal que lógicamente va a aplicarse tanto a alumnos como a alumnas se debe hacer especial hincapié en incidir no solo en los aspectos de buena nutrición y dietas equilibradas que ya se abordan, sino en otros mensajes:

- Como defenderse del culto excesivo al cuerpo
- Los inconvenientes de ser perfectos/as.
- Como mejorar la autoestima.

Es preciso reorientar desde la escuela las ideas erróneas sobre la percepción de un cuerpo saludable, que no tiene porque ser excesivamente delgado.

En la escuela se pueden observar fácilmente cambios físicos y psicológicos que van a hacernos reflexionar sobre que chicas sobre todo están comenzando a padecer trastornos de alimentación. Los adelgazamientos exagerados o muy rápidos, la palidez, tristeza, signos de ejercicio físico agotador, aislamiento, incomunicación son signos de que puede haber problemas.

Es fundamental potenciar la autoestima, ofrecer modelos humanos no estereotipados y favorecer positivamente las diferencias estableciendo medidas de acción positiva para compensar posibles situaciones de menosprecio en el ámbito escolar.

La prevención en la escuela va a consistir fundamentalmente en desarrollar habilidades personales y sociales, potenciar hábitos y actitudes saludables, así como promover una acción responsable y solidaria con la comunidad.

A través del denominado "currículo oculto" es decir los valores y actitudes que se encuentran de forma implícita en el hacer cotidiano de las clases, conducta del

profesorado repartición de papeles etc.. se puede influir también positiva o negativamente en los trastornos de alimentación.

Es preciso que los programas que se desarrollen para esta prevención contengan mensajes positivos y no excesivamente dramáticos.

Respecto a materiales didácticos pueden recurrirse a cosas muy sencillas que pongan de relieve el atractivo del cuerpo humano en todos sus aspectos, buscar muñecos/as menos estilizados que la Barby, utilizar recortables con la figura humana sobre todo la femenina más redondeada y cubrirla con ropas divertidas, etc... en el caso de los más pequeños.

En adolescentes se puede presentar la película “La boda de Muriel” (la protagonista era bastante rellenita y planteaba de forma muy explícita sus problemas con la ropa, las amistades, su familia, sus conflictos emocionales etc...)

Esta película acompañada de una charla por profesionales de Salud mental dará lugar a animados coloquios en los que el alumnado, especialmente las chicas expresarán los problemas socioculturales de este anhelo de delgadez.

Es interesante también leer testimonios de jóvenes que han sufrido estos trastornos y los han resuelto. Se pueden ver programas de TV, estudiar anuncios publicitarios, obras de teatro, películas para discutir en grupo todos estos aspectos.

Este esquema indica qué medidas se pueden tomar desde el aula para prevenir la anorexia y la bulimia:

- Consultar con especialistas para programar la alimentación de los alumnos y dejar tiempo suficiente para realizar todas las comidas.
- Enseñar a los estudiantes que existen distintos tipos de cuerpos y pesos. En particular, las características mediterráneas suelen estar alejadas de ciertos modelos que les proponen.
- Enseñar a los estudiantes el papel de la grasa en el cuerpo. La grasa forma parte del sistema que nos mantiene vivos.
- Explicar a los estudiantes el peligro de las dietas incontroladas. Sin asustar, informando.
- Mostrarles mediante actividades, como la cultura socialmente aceptada promueve modelos anoréxicos.
- Hacer hincapié en la comunicación, la autoestima y la confianza en sí mismo.
- Potenciar la autoestima, ofreciendo modelos no estereotipados.
- Desarrollar habilidades personales y sociales y potenciar hábitos y actitudes saludables.
- Utilizar materiales didácticos donde se ponga de relieve el cuerpo humano tal como es.

- Tener siempre a mano testimonios de chicos y chicas que hayan padecido y superado este trastorno.

17 – Un ejemplo de plan de acción en los centros

fuentes: www.deporteyciencia.com

Hemos encontrado el siguiente documento colgado en la red y decidimos transcribirlo parcialmente, ya que nos parece una propuesta de trabajo muy interesante para tratar la anorexia y la bulimia desde los centros educativos, de la mano de la educación física.

Anorexia y educación física: Una propuesta de trabajo

M^a Carmen Abella Olmos, Encarna Martín-Lorente Díaz-Mínguez, Roberto Beltrán Navarro *Centro F.P. Altaviana-Valencia y Colegio San José de Calasanz-Valencia.*

“Tras la observación y el contacto directo con casos de anorexia en nuestros centros, nos vimos con la "obligación" personal de intentar aportar soluciones desde nuestra área. En primer lugar, analizamos las características tanto físicas, psicológicas y sociales de las anoréxicas.

El primer aspecto que salta a la vista sobre el que podemos intervenir, es el deterioro de la imagen corporal, tanto a nivel físico como psico-afectivo. De esta forma, el medio de actuación, se centraría en el trabajo de la Condición Física y de la Expresión Corporal. Desde el Bloque de la Expresión Corporal existen dos principales ejes de trabajo, que son: Yo conmigo mismo y Yo con los demás, desde los cuales se abordan aspectos tales como aceptar el cuerpo, dominar el cuerpo, percibir el cuerpo de los demás, ..., características que se encuentran desvirtuadas en las anoréxicas.

Y, desde el punto de vista de la Condición Física, conocer y valorar los efectos que tiene la práctica habitual en la mejora de las condiciones de la calidad de vida, aumentar las posibilidades de rendimiento motor, la mejora de las capacidades físicas, el dominio y control corporal, desarrollando actitudes de autoexigencia y superación, y, ser consecuentes con el conocimiento del cuerpo y sus necesidades.

El plan de acción propuesto será un trabajo conjunto entre el psicólogo y el profesor de E.F., para dentro y fuera de las clases, con la colaboración de sus compañeros-as y el apoyo de la familia. La duración del plan estará marcada por la evolución de la enferma y asesorada por el médico o equipo médico.

El bloque principal del trabajo se centrará en la mejora de su capacidad biológica, por medio del trabajo de las cualidades físicas. De esta forma, una vez comunicado el problema desde el Departamento de Orientación al de Educación Física, el sujeto se vería sometido a una serie de test que para determinar sus niveles de fuerza y resistencia.

Seguidamente, tras constatar su condición física, el trabajo se centraría en mejorar paulatinamente estas cualidades y ayudar así, a conseguir el objetivo deseado.

El hecho de elegir estas dos cualidades físicas, es debido a que por un lado las anoréxicas presentan: debilidad muscular, tetánia, derrames articulares, calambres, convulsiones, fractura del cuello femoral, ... todo ello directamente relacionado con los niveles de fuerza muscular, y por otro, aparece hipotensión, adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del trabajo cardíaco, alteración de los mecanismos

aeróbicos, disminución de la contractibilidad cardiaca,..., aspectos relacionados con la resistencia aeróbica.

Durante el periodo de tiempo entre los distintos test, y para mejorar las cualidades físicas, se evitará al principio la monotonía y el trabajo en solitario, puesto que son aspectos que van en detrimento de la mejora. Así, el trabajo por medio de juegos colectivos, práctica de deportes de equipo, les ayudarán no sólo a mejorar a nivel físico, sino también en el apartado socio-afectivo. A medida, que la mejora sea constatable, los entrenamientos pasarán a ser más individualizados, carrera continua, trabajo de pesas, pero siempre con la colaboración y ayuda de alguna compañera. La natación supone un deporte, muy válido para la mejora de la fuerza y la resistencia.

Respecto al trabajo de expresión corporal, el objetivo se basa en desarrollar la seguridad en sí misma por medio de la afirmación corporal, en este caso las propuestas se centrarán en la percepción a través de los órganos de los sentidos, trabajo grupal y representaciones.

Sabemos que la imagen corporal de las anoréxicas está realmente desvirtuada, su conciencia corporal está degradada. El trabajo de mejora de la conciencia corporal, va encaminado a que sean conscientes de como son y como están realmente, y a partir de ese momento, ayudarles a tomar decisiones y firmes propósitos de cambio.

Otra forma para la mejora de la imagen, sería el trabajo de dramatizaciones, representaciones ya que es una forma de vencer los miedos a ser "vista en público".

Proponemos las tutorías como uno de los planes de acción. Contribuir al plan de acción tutorial, y colaborar con los profesores del instituto en la prevención y detección de problemas de aprendizaje y en la planificación y realización de actividades educativas y adaptaciones curriculares dirigidas a alumnos que presenten dichos problemas. Nos vamos a apoyar en estos dos puntos ya que en las aulas del o los alumnos en los que se de un caso de anorexia se deberían dedicar algunas sesiones de tutoría a dar información a cargo de un dietista o experto en nutrición sobre una alimentación correcta y equilibrada así como las consecuencias y repercusiones que se derivan de una dieta mal equilibrada (debe ser información imparcial). También se podría dedicar alguna sesión de tutoría y pasar el "Cuestionario de la imagen corporal " como medida preventiva.

18 – Tablas y datos estadísticos

1. La prevalencia de la anorexia nerviosa se ha estimado entre un 0,5 y 3% del grupo de adolescentes y mujeres jóvenes. Estas cifras aumentan al doble cuando se incluyen adolescentes "sanas" con conductas alimentarias anormales o con una preocupación anormal sobre el peso corporal.
2. Son más prevalentes en las sociedades occidentales industrializadas y en niveles socioeconómicos medio y alto.
3. La edad promedio de presentación es 13.75 años, con un rango de edad entre los 10 y 25 años.

4. En cuanto al sexo afectado, el mayor número de casos se producen en mujeres, con una distribución según sexo de aproximadamente 9-10/1.
5. La prevalencia de bulimia nerviosa entre las adolescentes y las jóvenes es del 1-3%. Generalmente se inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. El 90% son mujeres. Se presenta más en personas que viven en países desarrollados y en estratos socioeconómicos altos.
6. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) afectan, fundamentalmente, a chicas adolescentes y mujeres jóvenes. Entre un 5 < 15% de casos de anorexia (AN) y bulimia (BN) y 40% de trastornos por atracones afectan a varones. Se calcula que un 3% de mujeres jóvenes padecen este problema y el doble de ellas diversas variantes clínicas de dicho trastorno(6). En los últimos años parece haber aumentado el número de ingresos, muchos de los cuales son reingresos.
7. La mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se recuperan completamente, un 30 % lo hacen en forma parcial, y un 20 % no muestran ninguna mejoría en sus síntomas. La mortalidad precoz alcanza a un 5 % y se debe principalmente a complicaciones cardíacas y suicidio.
8. A los 15 años una de cada cuatro chicas hacen régimen en España, sin que en casi ningún caso tengan problemas de sobrepeso. A la pregunta de ¿"te ves gordo/a aunque los demás te vean delgado/a?" el 58 % de estas chicas de 15 años contestó afirmativamente frente a un 19% de chicos.
9. En Suecia y EEUU ya hay un 16% de chicas menores de 16 años que hacen dieta, algunas reconocieron que la comenzaron a los 9 años.
10. Así en una reciente encuesta realizada en EEUU a 30.000 personas y publicada en el Psychology Today se destaca que un 93 % de las mujeres y un 82 % de los varones interrogados están preocupados por su apariencia y trabajan para mejorarla.
11. Los desórdenes alimenticios constituyen un gran problema en Gran Bretaña. Se calcula que por lo menos 165.000 personas, 90% mujeres, sufren de alguno y que una de cada 10 morirá por causa de su condición.

Tabla de referencia de estatura y peso para adultos*

Estatura (cm)	Peso (kg)	
	Mujeres	Varones
147,3	42-55	43-55
150,0	43-56	43-58
152,4	44-58	44-58
155,0	46-59	46-61
157,5	47-61	49-62
160,0	49-63	50-64
162,5	50-64	52-66
165,1	52-66	53-68
167,6	53-68	55-70
170,2	55-70	57-72
172,7	57-72	58-74
175,3	59-74	60-76
177,8	61-77	62-78
180,3	-	64-80
183,0	-	66-83
185,4	-	68-85
188,0	-	69-87
190,5	-	71-89

*La estatura se mide descalzo; el peso, desvestido.

12.

Fuentes de los datos 1,2,3,4,5 y 7: *Revista de salud pública y nutrición; Universidad Autónoma de Nueva León.*

Fuentes de los datos 6: *Mesa redonda: avances en patología nutricional. Anorexia, bulimia y trastornos crónicos alimentarios. Conocimientos y especulaciones; Sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León.*

Fuentes de los datos 8,9 y 10: *Anorexia, bulimia y otros trastornos; www.geosalud.com*

Fuentes de los datos 11 y 12(tabla): *Curso: Salud y desarrollo del adolescente, evaluación nutricional y riesgos nutricionales; Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile.*

19 - Bibliografía

19.1 – Artículos de prensa

- Fernández, A. y Penide, M. (12/10/98) La anorexia después del hospital. El País.

- G.Cubeiro, Alejandro. (14/12/05) *Medio centenar de institutos potencian hábitos saludables en los jóvenes*. Diario de Córdoba.
- Rodríguez, Alejandra. (21/03/99) *Anorexia: hacer predispone a los trastornos en la alimentación*. El Mundo.
- www.comunidad-escolar.pntic.mec.es Periódico digital de información educativa. () *El culto al cuerpo o la apariencia del ser*.
- www.comunidad-escolar.pntic.mec.es Periódico digital de información educativa. () *La Generalitat estudia implantar una asignatura para prevenir la anorexia y la bulimia*.
- www.elmundo.es/larevista (29/12/02) *Anorexia: la plaga del final del milenio*.
- www.eloncedigital.com.ar Periódico digital de Argentina. (26/11/05) *Aumentan las consultas por causa de la bulimia y anorexia*.
- www.laverdad.es Periódico digital de Murcia. (12/10/05) *El programa contra la anorexia llega a todos los institutos*.

19.2 – Documentos

- Abella Olmos, M^aCarmen; Martín, Encarna; Beltrán, Roberto (Centro de F.P. Altaviana-Valencia y Colegio San José de Calasanz-Valencia) *Anorexia y educación física, una propuesta de trabajo* www.deporteyciencia.com.
- Boyero Jiménez, Camila *Bulimia y anorexia* www.educar.org/articulos/bulimiayanorexia.asp
- Caltayud Salom, M^aAmparo (Dra. En Filosofía y Ciencias de la Educación) *El culto al cuerpo o la apariencia del ser* www.comunidad-escolar.pntic.mec.es
- Dr. Chinchilla Moreno, Alfonso (Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid) (Mayo 2003) *Anorexia y bulimia* Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO.
- Dra. Pasmala Urrejola (Pediatra, Magíster en nutrición) *Revista de salud pública y nutrición RESPYN* www.uanl.mx (Universidad Autónoma de Nueva León, Departamento de pediatría).
- Frates, Susan (The center for young women's health, Children's Hospital Boston) *Apoyo para adolescentes con desordenes alimentarios* <http://www.youngwomenshealth.org/>.
- Gracia Arnàiz, Mabel (Antropóloga, Universitat Rovira i Virgili) (Mayo 2003) *Anorexia y bulimia* Revista de trabajadores de la enseñanza de CCOO.

- Menéndez Arango (Jefe de la Sección de Psiquiatría, Unidad de TCA, Hospital Valdevilla, Santander) *Avances en patología nutricional. Anorexia, bulimia y otros trastornos crónicos alimentarios. Conocimientos y especulaciones* Boletín de la Sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla León, nº367.
- Hudson, M^aIsabel (Especialista en nutrición) *Salud y desarrollo del adolescente. Trastornos nutricionales* www.escuelamed.puc.cl (Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile).
- Hudson, M^aIsabel (Especialista en nutrición) *Salud y desarrollo del adolescente. Riesgos nutricionales* www.escuelamed.puc.cl (Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile).
- www.cnice.mecd.es (Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa, Ministerio de Educación y Ciencia) *¿Qué podemos hacer los padres y profesores?*.
- www.comunidad-escolar.pntic.mec.es Periódico digital de información educativa. *Guía didáctica sobre salud trastornos nutricionales para jóvenes.*
- www.geosalud.com *Anorexia, bulimia y otros trastornos.*
- www.vi-e.cl (Portal orientado a profesores y alumnos de Chile) *Guía nutricional para el adolescente.*